

# Kwaliteit van arbeid in kleinschalige en genormaliseerde woonzorgcentra\*

Lander Vermeerbergen, Geert Van Hootegem & Jos Benders\*\*

*De voorbije jaren schakelden diverse Vlaamse woonzorgcentra over naar een kleinschalige en genormaliseerde woonvorm. Heeft die verandering ook geleid tot een verbetering van de kwaliteit van de arbeid? Dit overzichtsartikel beschrijft de resultaten van vier empirische studies over de kwaliteit van arbeid in kleinschalige genormaliseerde woonzorgcentra. De bevindingen van de empirische studies tonen dat kleinschalige genormaliseerde zorg een stap in de goede richting is voor de kwaliteit van arbeid van zorgmedewerkers in woonzorgcentra. Er is echter geen garantie voor een algehele verbetering van de kwaliteit van arbeid, omdat ook knelpunten voor de kwaliteit van arbeid werden teruggevonden in de empirische studies.*

## Inleiding

‘Rusthuizen [woonzorgcentra] zijn zorgfabrieken aan het worden, waar bejaarden (...) “afgewerkt” worden en het personeel op het tandvlees zit.’ (D’Hoore & Renson, 2015)

De Vlaamse krant *De Tijd* bracht gedurende een week lang elke dag een thematisch artikel uit over de toekomst van woonzorgcentra in Vlaanderen. Het thematisch artikel over de organisatie van zorg, waaruit bovenstaand citaat is geplukt, stelt een somber beeld voor. Woonzorgcentra worden, zo wordt gesteld, door de voortschrijdende vergrijzing, ontgroening en besparingen in de zorgsector steeds meer organisaties waarbij gepassioneerde medewerkers werken in slopende jobs.

Bovenstaand citaat is mede gebaseerd op onderzoek van de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen (SERV). Zorgmedewerkers in woonzorgcentra kampen met een lage kwaliteit van arbeid. Het probleem lijkt te zijn dat zorgmedewerkers te weinig regelmogelijkheden hebben om te voldoen aan de hoge werkeisen (Bourdeaud’hui & Vanderhaeghe, 2012). Regelmogelijkheden zijn de controle-mogelijkheden van werknemers over hun taken of hun gedrag gedurende het uitvoeren van hun job, evenals de sociale ondersteuningsmogelijkheden van collega’s en leidinggevend (Karasek & Theorell, 1990). Een hoog risico op

\* Graag bedanken we Anja Declercq (KU Leuven), Anneke Offereins (Hogeschool Utrecht) en Iris Van Steenwinkel (KU Leuven) voor hun kritische feedback op een eerdere versie van deze studie. Deze studie is mede geïnspireerd door het ZIRKO-project van Flanders Synergy.

\*\* De auteurs zijn allen werkzaam bij de KU Leuven, Centrum voor Sociologisch Onderzoek. E-mail: lander.vermeerbergen@kuleuven.be. Jos Benders is tevens werkzaam bij de Norwegian University of Science and Technology (NTNU), Department of Industrial Economics and Technology Management.

stress en daardoor lage werkmotivatatie en aanzienlijk risico op een burn-out zijn enkele concrete gevolgen van deze onbalans tussen werkeisen en regelmogelijkheden (Clegg, 2001; Kirkcaldy & Martin, 2000). In het kader van enerzijds de toekomstige vergrijzing en de daaraan verbonden stijging van het aantal ouderen en anderzijds de reeds bestaande tekorten op de arbeidsmarkt in de zorgsector, is inzetten op de kwaliteit van arbeid van zorgmedewerkers gewenst.

In de jaren 1990 werden in Vlaanderen, als reactie op de onpersoonlijke zorgverlening in woonzorgcentra, de eerste kleinschalige genormaliseerde woonzorgcentra gebouwd (Declercq et al., 2007; Declercq, 2009). De 'reguliere' woonzorgcentra waarop kleinschalig genormaliseerd wonen een reactie is, worden volgens De Rooij et al. (2012) gekenmerkt door onder meer een medische focus op verzorging en leefgroepen met meer dan 20 bewoners. In kleinschalige genormaliseerde woonzorgcentra wordt getracht om bewoners een leven te geven dat lijkt op het leven van mensen buiten woonzorgcentra ('genormaliseerd'). Leefgroepen van beperkte omvang zijn daarvoor een noodzakelijke voorwaarde ('kleinschalig').

De laatste jaren zijn verschillende woonzorgcentra omgeschakeld naar deze kleinschalige en genormaliseerde woonvorm. Enerzijds de ondersteuning van de overheid voor nieuwe woonzorgcentra en verbouwing van bestaande woonzorgcentra en anderzijds de veranderde brandvoorschriften met betrekking tot het maximaal aantal bewoners per leefeenheid, stimuleerden de overgang naar kleinschalig genormaliseerd wonen in Vlaanderen. Er wordt wel beweerd (Charlot et al., 2009, p. 60; Expertisecentrum Dementie, 2012) dat deze woonvorm beter is voor de kwaliteit van arbeid van zorgmedewerkers. De vraag dringt zich op in hoeverre deze beweringen empirisch zijn te onderbouwen.

De kwaliteit van zorgjobs staat in Vlaanderen hoog op de beleidsagenda. De cijfers over de lage kwaliteit van arbeid voor zorgmedewerkers in woonzorgcentra (Bourdeaud'hui & Vanderhaeghe, 2012) zijn namelijk ook de Vlaamse regering niet ontgaan. De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeuren, en Vlaams zorgambassadeur Lon Holtzer stellen dat Vlaanderen moet inzetten op het inrichten van innovatieve arbeidsorganisaties in woonzorgcentra, met als doelstelling om de kwaliteit van arbeid van zorgmedewerkers te verhogen (Vandeuren & Holzer, 2015). Dezelfde vraag dringt zich dan ook beleidsmatig op: verhoogt kleinschalig genormaliseerd wonen, als innoverende manier van wonen, de kwaliteit van zorgjobs? Deze literatuurstudie heeft als doelstelling om een overzicht te geven van de resultaten van empirische studies over de kwaliteit van arbeid in Vlaamse kleinschalige genormaliseerde woonzorgcentra.

Deze studie zal eerst een kort overzicht geven van het belang van de woonzorgsector in Vlaanderen. Vervolgens zal de kwaliteit van arbeid van zorgmedewerkers in Vlaamse woonzorgcentra worden besproken. Daarna zal de definitie van kleinschalig genormaliseerd wonen worden omschreven. In de methodologiesectie zal getoond worden hoe de meegenomen empirische studies geselecteerd zijn. Het verband tussen de kwaliteit van arbeid en kleinschalig genormaliseerd wonen zal daaropvolgend worden uiteengezet in de resultatensectie. In de discussiesectie zal een toekomstige onderzoeks- en beleidsagenda worden voorgesteld.

## **Tewerkstelling in de Vlaamse woonzorgsector: een duiding van het belang van kwaliteit van arbeid**

Ongeveer 69.000 ofwel één procent van de Vlaamse bevolking woonde tussen 2009 en 2013 in een woon- en zorgcentrum (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2015a). In 2012 waren 42.358 werknemers met een contract van onbepaalde duur tewerkgesteld in de Vlaamse woonzorgsector (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2015b). Door de vergrijzing van de Vlaamse bevolking wordt verwacht dat het aantal bewoners en dus de vraag naar zorgmedewerkers in woonzorgcentra zal toenemen (Van den Bosch et al., 2011). Zo groeide tussen 2009 en 2014 reeds het aantal bedden in rust- en verzorgingstehuizen in Vlaanderen met 6.472 plaatsen; dit komt neer op een procentuele aangroei van ongeveer 10% (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2015c). De Vlaamse Regering besliste verder dat er tegen 2018 8.413 nieuwe plaatsen in woonzorgcentra mogen bij komen (Vandeuren, 2015). Een probleem om aan deze stijgende vraag te voldoen is dat de vacatures van verschillende zorgberoepen moeilijk zijn in te vullen. Tot deze 'knelpuntberoepen' behoren verpleegkundigen, logistiek leidinggevend, verzorgenden en kinesitherapeuten (fysiotherapeuten) (Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding, 2015). Voor verpleegkundigen bestaan er zelfs langdurige arbeidstekorten. De stijgende vraag naar zorgmedewerkers zou de reeds bestaande arbeidstekorten kunnen vergroten.

Wel past een nuancering. Tot nu toe blijkt immers dat het absolute aantal ouderen groeit in woonzorgcentra, maar dat de vraag naar huisvesting in een woonzorgcentrum niet evenredig stijgt met het aantal ouderen in de hele Vlaamse bevolking (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2015a). Veel minder zware zorgbehoevenden worden immers buiten de woonzorgcentra verzorgd, vooral thuis door mantelzorgers en/of thuisverpleging. De stijgende vraag naar zorgmedewerkers in woonzorgcentra blijkt dus deels te worden opgevangen door alternatieve woonvormen. Ook deze nuance kan echter verder worden genuanceerd. Woonzorgcentra krijgen namelijk te maken met een stijgend aantal zware zorgbehoevende bewoners, daar de minder zware zorgbehoevenden worden vervangen door zwaardere zorgbehoevenden. Dit leidt ertoe dat de vraag naar zorgmedewerkers in de Vlaamse woonzorgsector waarschijnlijk toch zal toenemen.

Dit is overigens een opmerkelijk verschil met de situatie in Nederland. Terwijl in Vlaanderen de voorbije jaren duchtig gebouwd is om bestaande woonzorgcentra uit te breiden en om nieuwe woonzorgcentra op te zetten (Vandeuren, 2015; Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, 2013), gaat Nederland een andere richting uit. In Nederland is de capaciteit van woonzorgcentra juist stevig gereduceerd en wordt fors ingezet op thuiszorg en mantelzorg (Van Rijn, 2014; 2015). Vlaanderen volgt wel langzaam de richting van Nederland. Zo zijn bijvoorbeeld de subsidies om nieuwbouwen te faciliteren in 2015 teruggeschoefd, en ook minister Vandeuren (2015) maakt van onder meer mantelzorg een speerpunt in zijn beleid.

Naast het verminderen van het relatief aantal bewoners door alternatieve woonvormen kan het verbeteren van de kwaliteit van arbeid in woonzorgcentra een oplossing zijn voor (toekomstige) personeelstekorten. Dit kan namelijk leiden tot een verbeterde kwantitatieve personeelsbezetting waarbij de uitstroom van personeel wordt verkleind, en de instroom en retentie van personeel worden

vergroot. In 2012 verliet bijvoorbeeld 7,5% van de medewerkers in Vlaanderen met een contract van onbepaalde duur vrijwillig het woonzorgcentrum waarin ze werkten (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2015b). Wanneer hieraan wordt toegevoegd dat slechts 30% van de uittreeders opnieuw gaat werken in een woonzorgcentrum (Albertijn & Devrieze, 2009), kan men al snel een groot arbeidspotentieel detecteren om de bestaande en toekomstige arbeidstekorten op te vangen.

### **Kwaliteit van arbeid: een focus op de arbeidsinhoud van zorgjobs**

Karasek (1979), De Sitter et al. (1997) en Van Hootegeem et al. (2014) stellen dat de arbeidsinhoud van jobs cruciaal is voor de psychische en fysieke gezondheid van werknemers: werknemers hebben voldoende regelmogelijkheden nodig om te voldoen aan hun werkeisen. Werkeisen zijn volgens Karasek (1979) de psychologische eisen die inherent zijn aan het vervullen van een bepaalde job. Regelmogelijkheden zijn tweeledig. Er zijn de controlemogelijkheden van werknemers over hun taken of hun gedrag gedurende het uitvoeren van hun job (Karasek, 1979). En er zijn de sociale ondersteuningsmogelijkheden van collega's en leidinggevendenden (Karasek & Theorell, 1990). Indien werknemers te weinig regelmogelijkheden hebben voor hun werkeisen, wordt het risico op stress verhoogd met mogelijke negatieve gevolgen voor de mentale en fysieke gezondheid van werknemers. Een lage werkmotivatie (Mauno et al., 2007) en een hoog verloop (Chiu et al., 2009) zijn enkele concrete gevolgen van zulke onevenwichtigheid tussen werkeisen en regelmogelijkheden. Kortom, de focus van deze studie op de arbeidsinhoud van zorgmedewerkers als indicator voor de kwaliteit van arbeid is theoretisch ingegeven, daar arbeidsinhoud in de literatuur sterk verbonden is met de psychische en fysieke gezondheid van zorgmedewerkers.

De Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen (SERV) verricht om de drie jaar een bevraging naar de kwaliteit van arbeid van werknemers. Bovenstaand model over werkeisen en regelmogelijkheden wordt in deze bevraging expliciet meegenomen als theoretisch kader. De data van de SERV van 2013 laten toe om per economische activiteit een opsplitsing te maken. Op basis van deze data hebben we in de tabellen 1 en 2 de kwaliteit van arbeid opgedeeld volgens de categorieën niet-problematisch en problematisch. De categorieën problematisch en niet-problematisch worden gedefinieerd op basis van kengetallen. Voor een methodologische uitweiding over hoe deze kengetallen worden berekend verwijzen we naar de Methodologische Nota van de Vlaamse Werkbaarheidsmonitor (Bourdeaud'hui & Vanderhaeghe, 2013a). Op zeven van de negen meegenomen condities scoren werknemers in woonzorgcentra problematischer dan werknemers in de totale gezondheids- en welzijnssector. Dit toont daarom ook de maatschappelijke relevantie aan van onderzoek over de arbeidsinhoud van jobs in deze sector. De resultaten worden verder per tabel getoond.

Tabel 1 geeft aan dat voor 35 tot 40% van de medewerkers de werkeisen problematisch zijn voor werkdruk, emotionele belasting en taakvariatie. De resultaten voor regelmogelijkheden zijn iets positiever, maar zijn nog steeds problematisch. De autonomie van medewerkers is voor 32% problematisch te laag en de sociale ondersteuning van de leidinggevende is voor 16% van de medewerkers te laag.

Daarnaast kan uit tabel 1 worden opgemaakt dat ongeveer 10% meer werknemers in woonzorgcentra een problematische score voor werkdruk, taakvariatie en autonomie ervaren, vergeleken met werknemers in de totale gezondheids- en welzijnszorg. Het grootste verschil schuilt in taakvariatie.

We dienen op te merken dat de scores worden berekend per dimensie en absoluut zijn, d.w.z. dat niet de verhouding regelmogelijkheden en werkeisen wordt onderzocht. Hoewel de balans tussen werkeisen en regelmogelijkheden daardoor niet rechtstreeks kan worden afgeleid uit tabel 1, kan wel worden opgemaakt dat veel zorgmedewerkers in woonzorgcentra de arbeidsinhoud als problematisch ervaren vanwege hoge werkeisen of relatief geringe regelmogelijkheden (in vergelijking met andere zorgsectoren). Deze problemen doen zich overigens ook voor in de rest van de Vlaamse werknemerspopulatie (Bourdeaud'hui & Vanderhaeghe, 2013b).

**Tabel 1**      *Arbeidsinhoud van zorgmedewerkers in woonzorgcentra in Vlaanderen (%)*

| Arbeidsinhoudskenmerk            | Woonzorgcentra | Totaal gezondheids- en welzijnszorg |
|----------------------------------|----------------|-------------------------------------|
|                                  | Problematisch  | Problematisch                       |
| Werkdruk                         | 40             | 30                                  |
| Emotionele belasting             | 35             | 35                                  |
| Taakvariatie                     | 35             | 23                                  |
| Autonomie                        | 32             | 23,5                                |
| Ondersteuning van leidinggevende | 16             | 13                                  |

Bron: bewerking van Bourdeaud'hui & Vanderhaeghe (2013b; 2014)

Tabel 2 toont dat medewerkers in woonzorgcentra meer werkstress ondervinden dan in andere zorg- en welzijnssectoren (35,3% t.o.v. 29,7% in de totale sector). Indien we het job demands-control model volgen, kan deze problematischere score voor stress verklaard worden op basis van de hierboven geschetste problematische scores voor regelmogelijkheden en werkeisen (Karasek, 1979). Deze hogere score voor stress kan zo ook de verschillen in motivatieproblemen, leermogelijkheden en problemen in de werk-privébalans verklaren. We dienen wel te stellen dat deze geschetste relaties 'onder voorbehoud' dienen te worden geïnterpreteerd, daar de regelmogelijkheden niet relatief tegenover de werkeisen kunnen worden afgezet. Ondanks deze problemen zien we toch dat veel zorgmedewerkers in woonzorgcentra een inherente zorgattitude hebben: ondanks de bestaande arbeidsinhoudsrisico's willen zorgmedewerkers hoogstaande kwalitatieve zorg blijven aanbieden. Vaak botsen ze echter op grenzen in hun taakpakket, ze hebben niet de verantwoordelijkheid of hun job bestaat niet uit alle noodzakelijke taken om hun zorgpassie uit te leven (The, 2004). Dit sluit aan bij de bevindingen van Bourdeaud'hui en Vanderhaeghe (2014), die vinden dat een hoog aantal medewerkers (40%) stelt dat ze enkel kunnen werken tot hun 65ste als hun werk wordt aangepast.

**Tabel 2** *Werkstress, motivatieproblemen, werk-privébalans en leermogelijkheden in de Vlaamse zorg- en welzijnssector (%)*

|  | <b>Werkstress</b> | <b>Motivatieproblemen</b> | <b>Onvoldoende leermogelijkheden</b> | <b>Problemen in de werk-privébalans</b> |
|--|-------------------|---------------------------|--------------------------------------|---|
| Ziekenhuizen                               | 32,7              | 10,9                      | 12,8                                 | 9,3                                     |
| Woonzorgcentra                             | 35,3              | 13,6                      | 21,2                                 | 9,9                                     |
| Gezins- en bejaardenhulp                   | 23,5              | 13,4                      | 19,4                                 | 6,4                                     |
| Totaal sector gezondheids- en welzijnszorg | 29,6              | 11,8                      | 14,9                                 | 8,6                                     |
| Totaal Vlaamse arbeidsmarkt                | 29,3              | 18,1                      | 18                                   | 10,8                                    |

Bron: Bourdeaud'hui &amp; Vanderhaeghe (2014)

**Kleinschalig genormaliseerd wonen: definitie**

Eerder onderzoek laat zien dat kleinschalig genormaliseerd wonen positief uitpakt voor de kwaliteit van arbeid van zorgmedewerkers (Expertisecentrum Dementie, 2012; Charlot et al., 2009). Kleinschalig genormaliseerd wonen zou dus als strategie kunnen worden gezien om de kwaliteit van arbeid van zorgmedewerkers te verhogen. Kleinschalig genormaliseerd wonen is echter niet ontstaan vanuit het idee om een hogere kwaliteit van arbeid te organiseren, eerder als een reactie aan het einde van de jaren 1990 op de onpersoonlijke zorg voor bewoners (Declercq et al., 2007). Deze woonvorm verschilt namelijk van andere woonzorgcentra door de organisatie van zorg en huishouden (Te Boekhorst et al., 2007). Bewoners dienen zoveel mogelijk hetzelfde leven te leiden als ze zouden leiden buiten het woonzorgcentrum.

Van Audenhove et al. (2003) schetsen vijf pijlers voor kleinschalig genormaliseerd wonen in woonzorgcentra (zie ook tabel 3). Ten eerste, er moet een gewone en herkenbare leefomgeving zijn die de verbinding met de maatschappelijke, sociale en familiale context ondersteunt. De bewoner wordt dan, met zijn mogelijkheden en beperkingen, gestimuleerd om zoveel mogelijk te participeren in deze leefomgeving. Ten tweede, persoonlijke zorg moet worden aangeboden op maat en op de behoefte van de bewoner. Ten derde, naast medische zorgen moet ook aandacht worden geschonken aan de kwaliteit van leven van de bewoner. Dit houdt onder meer in dat zowel de sociale als de psychologische gezondheid van bewoners wordt gestimuleerd. Ten vierde, de zorg en de aangeboden diensten worden gebaseerd op de dagelijkse activiteiten en omgang tussen bewoners onderling en bewoners en zorgmedewerkers. Zorgmedewerkers en bewoners zullen huishoudelijke taken verrichten. Ten vijfde, bewoners worden zoveel mogelijk ondersteund om controle te nemen over hun leven. De organisatie van deze vijf pijlers kan, volgens Van Audenhove et al. (2003), het beste worden bereikt in kleine leefeenheden. Kleinschaligheid wordt bepaald door het aantal bewoners dat is gegroepeerd in leefeenheden (Van Audenhove et al., 2003) of het aantal medewerkers per leefeenheid (Te Boekhorst et al., 2007). Kortom, normalisatie is het

doel, terwijl kleinschaligheid als praktische voorwaarde voor normalisatie wordt gezien.

**Tabel 3**      *Kenmerken van kleinschalige genormaliseerde woonzorgcentra*

|                |   |
|----------------|---|
| 1              | Herkenbare leefomgeving                             |
| 2              | Persoonlijke zorg op maat                           |
| 3              | Kwaliteit van leven naast medisch model van zorg    |
| 4              | Zorg op basis van dagelijkse activiteiten en omgang |
| 5              | Bewoners nemen controle over hun leven              |
| 6 <sup>a</sup> | Kleine units  |

<sup>a</sup> Voor een praktische uitwerking van de bovenstaande vijf kenmerken dienen volgens Van Audenhove et al. (2003) woonzorgcentra kleine leefeenheden te hebben.

Bron: Van Audenhove et al. (2003)

Wegens financiële en wetgevende problemen werd kleinschalig genormaliseerd wonen in Vlaanderen eerst niet zo'n groot succes als in Nederland (Declercq et al., 2009). Internationaal zien we dat deze woonvorm in verschillende landen ingang heeft gevonden. We verwijzen hierbij bijvoorbeeld naar 'Wohngruppen' in Duitsland (Dettbarn-Reggentin, 2005) en naar 'Green Houses' of 'Eden Houses' in de Verenigde Staten (Rabig et al., 2006). Het aantal woonzorgcentra dat kleinschalig en genormaliseerd werkt, lijkt in Vlaanderen echter nog vrij gering, al ontbreken concrete data. Het netwerk kleinschalig genormaliseerd wonen omvat bijvoorbeeld 15 woonzorgcentra als actieve leden, terwijl er per 1 september 2016 791 erkende woonzorgcentra waren in Vlaanderen en het hoofdstedelijk gewest. Het lijkt wel dat vanaf 2009 steeds meer woonzorgcentra kleinschalig en genormaliseerd werden. Hier zijn twee redenen voor. Enerzijds zijn sinds 2009 23 nieuwe woonzorgcentra en 6.429 nieuwe woongelegenheden gecreëerd (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2015d). Dit gebeurde onder meer dankzij financiële steun van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA). We dienen wel te erkennen dat sinds januari 2014 deze steun is teruggetrokken (Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, 2013). Tabel 4 toont voor 2013 het totaal aantal erkende woonzorgcentra in Vlaanderen, opgedeeld per provincie. Eveneens worden het aantal woonzorgcentra in onderzoek en het aantal reeds geplande woonzorgcentra getoond. We merken op dat veel woonzorgcentra gepland staan. Deze overheidssteun voor het installeren van een nieuwe architectuur is belangrijk, daar het zo mogelijk wordt voor woonzorgcentra om een nieuw woonconcept, zoals kleinschalig genormaliseerd wonen, toe te passen. Anderzijds werd door de Vlaamse Regering in 2011 een besluit inzake brandveiligheid uitgevaardigd, waarin staat dat woonzorgcentra moeten bestaan uit deelcompartimenten met 's nachts maximaal 20 bewoners (Besluit van de Vlaamse Regering tot vaststelling van de specifieke brandveiligheidsnormen, 2011, Art. 2.1). Dit aantal bewoners beperkt, net zoals in het concept kleinschalig genormaliseerd wonen, het maximaal aantal inwoners per leefeenheid. De andere kenmerken van kleinschalig genormaliseerd wonen, vermeld in tabel 3, worden niet nader benoemd.

**Tabel 4**      *Totaal aantal woonzorgcentra in Vlaanderen*

| <b>Provincie</b> | <b>Erkende<br/>woonzorgcentra</b> | <b>Aantal woonzorg-<br/>centra in onder-<br/>zoek</b> | <b>Aantal geplande<br/>woonzorgcentra</b> | <b>Totaal</b> |
|------------------|-----------------------------------|---|---|---------------|
| Antwerpen        | 199                               | 3   | 45  | 247           |
| Limburg          | 82                                | 3   | 35  | 120           |
| Oost-Vlaanderen  | 190                               | 1   | 34  | 225           |
| Vlaams-Brabant   | 124                               | 0   | 34  | 158           |
| West-Vlaanderen  | 160                               | 1   | 33  | 194           |
| Vlaanderen       | 755                               | 8   | 181                                       | 944           |

Bron: Agentschap voor Zorg en Gezondheid (2013)

De vijf richtlijnen, zoals neergeschreven door Van Audenhove et al. (2003), voor genormaliseerd wonen, zijn alle opgesteld vanuit het oogpunt van bewoners. In deze richtlijnen is het standpunt van zorgmedewerkers echter niet rechtstreeks meegenomen. Niettemin lijkt de relatie tussen kleinschalig genormaliseerd wonen en verkeisen op het eerste gezicht duidelijk. Doordat individuele zorgmedewerkers zelf instaan voor de zorg (d.w.z. medische en huishoudelijke zorg) voor bewoners in een kleine leefgroep, krijgen deze zorgmedewerkers meer volledige, gevarieerde, onvoorspelbare, emotioneel moeilijke en complexe taken. Ze krijgen immers een meer afgerond takenpakket: de gehele bewoner. De relatie tussen genormaliseerd wonen en regelmogelijkheden is moeilijker. Het is immers niet omdat werknemers bijvoorbeeld volledigere taken hebben dat ze ook meer autonomie of sociale ondersteuning hebben. Deze verwachting inzake verschuivingen in verkeisen en de onwetendheid over mogelijke verschuivingen voor regelmogelijkheden brachten dit artikel teweeg, dat de vraag stelt of het implementeren van kleinschalig en genormaliseerd wonen in Vlaamse woonzorgcentra daadwerkelijk een mogelijke strategie is om de kwaliteit van arbeid te verhogen in de woonzorgsector.

### **Aanpak literatuuronderzoek**

In de vorige paragrafen toonden we dat er in Vlaanderen problemen zijn met betrekking tot de kwaliteit van arbeid van zorgmedewerkers in woonzorgcentra. In deze studie vragen we ons door middel van een literatuuronderzoek af of kleinschalige genormaliseerde woonzorgcentra een deel van de oplossing zijn om problemen inzake kwaliteit van arbeid te verminderen voor zorgmedewerkers. We kozen voor een literatuuronderzoek omdat zo de bevindingen van verschillende empirische studies over de kwaliteit van arbeid in kleinschalige genormaliseerde woonzorgcentra samen te brengen zijn in één te bevatten overzicht. Dit literatuuronderzoek werd verricht via het systematisch doorzoeken van LIMO, het zoekplatform van LIBISnet-bibliotheken. We gebruikten dit zoekplatform omdat verschillende Vlaamse onderzoekscentra hun bibliotheek hebben verbonden aan dit platform, waardoor een optimale inclusie van studies over zorgmedewerkers in Vlaanderen verzekerd is. Twee bijkomende zoekstrategieën werden gehanteerd om alle mogelijke studies over de kwaliteit van arbeid in kleinschalige ge-



normaliseerde woonzorgcentra te bekomen. Enerzijds werden de referentielijsten van geselecteerde studies onderzocht. Anderzijds werd aan twee academische experts in Vlaanderen gevraagd of ze nog meer studies kenden die opgenomen dienden te worden. Deze experts reikten geen extra studies aan. Dit lijkt erop te wijzen dat deze literatuurstudie alle studies omvat over de kwaliteit van arbeid in kleinschalige genormaliseerde woonzorgcentra in Vlaanderen. We willen er eveneens op wijzen dat de auteurs van deze literatuurstudie niet verbonden zijn als auteur aan de geselecteerde studies.

Studies die via deze zoekstrategieën werden gevonden, moesten aan drie selectiecriteria voldoen om meegenomen te worden in deze literatuurstudie:

- 1 Studies dienden te handelen over de arbeidsinhoud van professionele zorgmedewerkers in Vlaamse woonzorgcentra.
- 2 Studies dienden gebruik te maken van empirische data over de arbeidsinhoud via een kwalitatieve, kwantitatieve of mixed-method onderzoeksmethodiek.
- 3 Studies dienden te handelen over de arbeidsinhoud in woonzorgcentra waar minder dan 16 bewoners per leefeenheid woonden.

## Resultaten

Er werden vier studies gevonden over de kwaliteit van arbeid in Vlaamse kleinschalige genormaliseerde woonzorgcentra. Hiervan maken twee studies een vergelijking tussen de arbeidsinhoud van zorgmedewerkers in kleinschalige genormaliseerde woonzorgcentra en andere woonzorgcentra, twee studies kijken enkel naar de arbeidsinhoud in kleinschalige genormaliseerde woonzorgcentra. De studies verrichten elk slechts onderzoek in bepaalde woonzorgcentra, geen enkele studie tracht een representatieve vergelijking te maken tussen kleinschalige genormaliseerde en 'reguliere' woonzorgcentra in Vlaanderen. Tabel 5 vat bondig de belangrijkste kenmerken van de vier studies samen. Een overzicht van de resultaten van de studies wordt weergegeven in tabel 6. De psychometrische kwaliteit van de studies werd getest door gebruik te maken van de 'Qualitative Assessment and Review Instrument' (Hannes et al., 2010) en de 'Quality Assessment Tool for Quantitative Studies' (Thomas et al., 2004). Enkel de studie van De Rooij et al. (2012) heeft een hoge psychometrische kwaliteit. Dit wordt verklaard door de beleidsmatige insteek van de drie andere studies.

**Tabel 5** *Beschrijving van studies over kwaliteit van arbeid in kleinschalige genormaliseerde woonzorgcentra in Vlaanderen*

| <b>Auteurs</b>               | <b>Publicatiejaar</b> | <b>Aantal onderzochte zorgmedewerkers</b> | <b>Methodologie</b>         | <b>Vergelijking tussen settings</b> |
|------------------------------|-----------------------|---|-----------------------------|-------------------------------------|
| Van Audenhove et al.         | 2003                  | 39  | Kwantitatief en kwalitatief | Nee                                 |
| Declercq et al. <sup>a</sup> | 2007; 2009b           | 89  | Kwantitatief                | Ja                                  |
| Spruytte et al.              | 2010                  | 6   | Kwalitatief                 | Nee                                 |
| de Rooij et al.              | 2012                  | 48  | Kwantitatief                | Ja                                  |

<sup>a</sup> We refereren zowel naar het rapport van Declercq et al. (2007) als naar het artikel van Declercq et al. (2009) in het tijdschrift *Denkbeeld: Tijdschrift voor Psychogeriatric*, doordat beide gebruikmaken van dezelfde data.

Van Audenhove et al. (2003) en Spruytte et al. (2010) tonen dat zorgmedewerkers in kleinschalige genormaliseerde woonzorgcentra hoge werkeisen ondervinden, maar ook veel regelmogelijkheden hebben om aan deze werkeisen te voldoen. Medewerkers hebben een gevarieerd en complex takenpakket dat bestaat uit zorgende, huishoudelijke en administratieve taken. De emotionele belasting wordt daarnaast, door de hechte band ontstaan in kleinschaligheid, zeer groot als een bewoner ziek wordt, sterft of moet verhuizen. Medewerkers moeten ook hard werken en ondervinden een hoge werkdruk, vooral tijdens dienstwisselingen. Deze hoge werkeisen worden gecompenseerd door enerzijds veel autonomie en verantwoordelijkheden. Anderzijds zorgt de kleinschaligheid van de leefeenheden ervoor dat medewerkers elkaar goed kennen, waardoor de collegiale ondersteuning groot is. De studies nuanceren deze bevindingen met twee kritische punten. Ten eerste, door de kleinschaligheid werken medewerkers vaak alleen, waardoor de collegiale ondersteuning moeilijk blijkt te zijn. Zorgmedewerkers moeten vaak alleen beslissingen nemen, zonder feedback te krijgen van collega's. Het inroepen van tijdelijke ondersteuning verloopt vaak ook moeizaam. Ten tweede, de balans tussen regelmogelijkheden en werkeisen kan snel overschakelen in het voordeel van werkeisen. Bijvoorbeeld, de werkdruk kan op sommige momenten zeer groot worden of werknemers kunnen 'overbetrokken' raken bij hun werk bij het overlijden van een bewoner.

De twee bovenvermelde studies maken, met enige nuance, gewag van een balans tussen werkeisen en regelmogelijkheden in kleinschalige genormaliseerde woonzorgcentra. De studies van Declercq et al. (2007; 2009) onderzoeken of er ook daadwerkelijk meer een balans is tussen werkeisen en regelmogelijkheden in vergelijking met andere woonvormen. We dienen hierbij steeds op te merken dat meer werkeisen niet per se slecht zijn, mits ze samengaan met meer regelmogelijkheden (Karasek, 1979).

Declercq et al. (2007; 2009) vinden gemengde resultaten voor de verschillen in werkeisen tussen kleinschalige genormaliseerde woonzorgcentra en andere woonzorgcentra. Sommige dimensies van werkeisen lijken lager te zijn terwijl andere deeldimensies hoger lijken te zijn in kleinschalige genormaliseerde woonzorgcentra. Enerzijds ligt in kleinschalige genormaliseerde woonzorgcentra de kwantitatieve tijdsdruk lager (cfr. minder hoeveelheid werk in zelfde tijdspe-

riode) en de kwalitatieve werkdruk hoger (cfr. hogere moeilijkheidsgraad van werk) en moeten werknemers minder wachten op andere medewerkers of problemen oplossen die veroorzaakt zijn door hun collega's. Daarnaast is het gebruikte zorgmateriaal van een hogere kwaliteit en hebben ze minder te maken met veeleisende bewoners en bewoners met onbegrepen gedrag. Anderzijds verhuult de onafhankelijkheid van collega's hogere werkeisen, medewerkers hebben een gevarieerder, onvoorspelbaarder en breder takenpakket gekregen.

Declercq et al. (2007; 2009) vinden dat bij kleinschalig genormaliseerd wonen de regelmogelijkheden hoger zijn. Zowel collegiale ondersteuning, ondersteuning door leidinggevenden, informatievoorziening als autonomie van medewerkers zijn hoger bij kleinschalig genormaliseerd wonen. Ondanks de problemen inzake sociale ondersteuning, zoals geschetst in de studies van Spruytte et al. (2010) en Van Audenhove et al. (2003), blijkt dat de sociale ondersteuning groter is in kleinschalige genormaliseerde woonzorgcentra dan in andere woonzorgcentra. Zorgmedewerkers in kleinschalige genormaliseerde woonzorgcentra hebben zodoende meer regelmogelijkheden om om te gaan met andere en op sommige dimensies zelfs hogere werkeisen.

In overeenstemming met de bovenstaande resultaten vinden Declercq et al. (2007; 2009) dat werknemers in kleinschalige genormaliseerde woonzorgcentra meer hun zorgpassie kunnen uitleven. Ze kunnen meer maatzorg bieden aan de bewoners en volgens de medewerkers bevordert de organisatiecultuur in kleinschalige genormaliseerde woonzorgcentra ook meer het geven van deze maatzorg. Daarnaast tonen Declercq et al. (2007; 2009) dat medewerkers een lager risico hebben op stress en burn-outs. Burn-out risico wordt gemeten op basis van de deeldimensies emotionele uitputting, depersonalisatie en zelfontplooiing. Voor elk van de deeldimensies tonen Declercq et al. (2007; 2009) aan dat het beter vertoeven is in kleinschalige genormaliseerde woonzorgcentra. Deze resultaten zijn in tegenstrijd met de studie van De Rooij et al. (2012). De Rooij et al. (2012) nemen werkeisen en regelmogelijkheden niet mee, maar kijken wel naar stress en nemen de deeldimensies van burn-out mee. In hun studie worden geen verschillen gevonden voor stress, depersonalisatie en zelfontplooiing. Emotionele uitputting blijkt dan weer hoger te zijn bij zorgmedewerkers in kleinschalige genormaliseerde woonzorgcentra.

**Tabel 6** *Kleinschalig genormaliseerd wonen en werkbaarheid van jobs in Vlaanderen*

| Dimensie werkbaarheid van jobs                         | Vergelijking kleinschalige genormaliseerde woonzorgcentra met klassieke woonzorgcentra |
|--|--|
| Verkeisen  |  |
| • Kwantitatieve werkdruk                               | lager  |
| • Kwalitatieve werkdruk                                | hoger  |
| • Emotionele belasting                                 | /  |
| • Taakvariatie   | hoger  |
| Regelmogelijkheden                                     |  |
| • Autonomie  | hoger  |
| • Sociale ondersteuning van collega's en leidinggevend | hoger  |
| • Informatievoorziening                                | hoger  |
| Gevolgen   |  |
| • Maatwerk   | hoger  |
| • Burn-out   |  |
| • Emotionele uitputting                                | tegenstrijdige resultaten  |
| • Depersonalisatie                                     | tegenstrijdige resultaten  |
| • Zelfontplooiing                                      | tegenstrijdige resultaten  |
| • Stress   | tegenstrijdige resultaten  |

## Discussie

In de vorige paragraaf werden de resultaten van vier studies over de arbeidsinhoud in kleinschalige genormaliseerde woonzorgcentra beschreven. Wanneer de resultaten van de vier studies naast elkaar worden gelegd, merken we dat er eensluidende conclusies over gewijzigde verkeisen en stijgende regelmogelijkheden gevonden werden. Het volgende werd namelijk vastgesteld:

- een lagere kwantitatieve werkdruk;
- een hogere taakvariatie;
- een hogere kwalitatieve werkdruk;
- meer autonomie;
- meer sociale ondersteuning; en
- een betere informatievoorziening.

Kortom, kleinschalig genormaliseerd wonen lijkt een stap in de goede richting voor de kwaliteit van arbeid in woonzorgcentra.

Er blijken echter ook knelpunten te bestaan, namelijk:

- geïsoleerde werkplekken; en
- een te hoge werkintensiteit op specifieke tijdstippen.

Er was geen eenduidigheid over het risico op stress en burn-out (De Rooij et al., 2012; Declercq et al., 2007; 2009).

Terwijl voor de geschetste knelpunten remedies nodig zijn, is nader onderzoek vereist om de tegenstrijdige resultaten te begrijpen. Welke factoren verklaren

dat in de ene studie een hoger risico op burn-out wordt gevonden, en in een andere studie juist een lager? Speelt het ontwerp van de banen hier een rol, of eerder psychologische kenmerken van de zorgverleners? Voor de knelpunten is het onderzoek eerder ontwerp-gericht van aard: welke maatregelen kan men nemen, en onder welke condities zijn deze doeltreffend? Specifiek kan men denken aan de vorming van zorgteams die verantwoordelijk zijn voor meerdere bewonersunits. Dat maakt het gemakkelijk om elkaar te helpen wanneer nodig, en kan tegelijkertijd ook een remedie zijn voor het geïsoleerde werken. Inzichten uit de moderne sociotechniek (Benders & Missiaen, 2013, hoofdstukken 3 en 5; Corvers & Van Hootegeem, 2013, hoofdstukken 6 tot 8; Offereins & Ten Have, 2016) kunnen nuttig zijn om woonzorgcentra te ontwerpen waarbinnen de zorgteams zo autonoom mogelijk kunnen functioneren en hun bewonersunits bestieren. Een open vraag is hier nog het verband met de architectuur: de inrichting van gebouwen bepaalt in belangrijke mate de omvang van de bewonersunits en de daar aanwezige faciliteiten, en zodoende de aard en omvang van de te verrichten werkzaamheden. Verder rijst de vraag hoe de kwaliteit van de arbeid zich verhoudt tot de kwaliteit van de zorg c.q. kwaliteit van leven in woonzorgcentra. Dit betreft niet alleen de mogelijkheden om om te gaan met de werkdruk, maar ook het effect van geïsoleerd werken: is dat beter voor de bewoner omdat de zorgverlener nu voor sociaal contact primair op de bewoners is aangewezen, of juist slechter vanwege minder intercollegiale contacten? Hoewel de bevindingen uit de diverse studies voor een groot deel eenduidig waren, zijn er dus toch nog open vragen over werken in kleinschalig genormaliseerde woonzorgcentra.

## Literatuur

- Agentschap Zorg en Gezondheid (2013). *Erkende WZCs in Vlaanderen per 1 januari 2013*. Geraadpleegd op 18 februari 2014, <http://www.zorg-en-gezondheid.be/programmatie%20wooncentra>
- Agentschap Zorg en Gezondheid (2015a). *Zorgzwaarte in de ouderenzorg*. Geraadpleegd op 19 juni 2015, [https://www.zorg-en-gezondheid.be/v2\\_default.aspx?id=31050](https://www.zorg-en-gezondheid.be/v2_default.aspx?id=31050)
- Agentschap Zorg en Gezondheid (2015b). *Personeelsleden die vrijwillig het centrum verlieten*. Geraadpleegd op 11 juni 2015, [http://www.zorg-en-gezondheid.be/v2\\_default.aspx?id=33767](http://www.zorg-en-gezondheid.be/v2_default.aspx?id=33767)
- Agentschap Zorg en Gezondheid (2015c). *Programmacijfers voor rust- en verzorgingstehuizen*. Geraadpleegd op 11 juni 2015, <http://www.zorg-en-gezondheid.be/programmatie/vt/>
- Agentschap Zorg en Gezondheid (2015d). *Programmacijfers: aanbod en behoefte woonzorgcentra*. Geraadpleegd op 2 oktober 2015, <http://www.zorg-en-gezondheid.be/programmatiewoonzorgcentra/>
- Albertijn, M. & Devrieze, L. (2009). *De uitstroom van werknemers uit woon- en zorgcentra*. Geraadpleegd op 19 juni 2015, <http://www.resocmechelen.be/wp-content/uploads/downloads/2013/02/De-uitstroom-van-werknemers-uit-woon-en-zorgcentra-Temper-o-kt-2009.pdf>
- Audenhove, C. van, Declercq, A., Coster, I. de, Spruytte, N., Molenberghs, C. & Heuvel, B. van den (2003). *Kleinschalig genormaliseerd wonen voor personen met dementie*. Antwerpen: Garant.
- Benders, J. & Missiaen, C. (2013). *Zorgvernieuwers. Betere zorg door anders organiseren: 9 praktijkverhalen*. Leuven: LannooCampus.

- Boekhorst, S. te, Depla, M., De Lange, J., Pot, A.M. & Eefsting, J.A. (2007). Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie: een begripsverheldering. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 38, 15-23.
- Bosch, K. van den, Willemé, P., Geerts, J., Breda, E., Peeters, S., Sande, S. van de, Vrijens, F., Voorde, C. van de & Stordeur, S. (2011). *Toekomstige behoefte aan residentiële ouderenzorg in België: projecties 2011-2025*. Geraadpleegd op 17 juni 2015, [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_167A\\_residentiele\\_zorg\\_in\\_Belgie.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_167A_residentiele_zorg_in_Belgie.pdf)
- Bourdeaud'hui, R. & Vanderhaeghe, S. (2012). *Focus op innovatie & arbeid: Werkdruk zorgmedewerkers neemt toe*. Geraadpleegd op 1 oktober 2015, [http://www.serv.be/sites/default/files/documenten/Stichting\\_focus\\_werkbaarheid%20zorgmedewerkers\\_april%202012\\_0.pdf](http://www.serv.be/sites/default/files/documenten/Stichting_focus_werkbaarheid%20zorgmedewerkers_april%202012_0.pdf)
- Bourdeaud'hui, R. & Vanderhaeghe, S. (2013a). *Methodologische nota Vlaamse Werkbaarheidsmonitor Beschrijving en vergelijking van de methodologie van de werkbaarheidsmonitor werknemers 2004-2007-2010-2013 en zelfstandige ondernemers 2007-2010-2013*. Geraadpleegd op 16 oktober 2015, <http://www.werkbaarwerk.be/sites/default/files/documenten/nota%20methodologische%202013.pdf>
- Bourdeaud'hui, R. & Vanderhaeghe, S. (2013b). *Informatiedossier Vlaamse Werkbaarheidsmonitor werknemers 2013*. Geraadpleegd op 11 juni 2015, [http://www.serv.be/sites/default/files/documenten/informatiedossier\\_loontrekkenden\\_2004\\_2007\\_2010\\_2013.pdf](http://www.serv.be/sites/default/files/documenten/informatiedossier_loontrekkenden_2004_2007_2010_2013.pdf)
- Bourdeaud'hui, R. & Vanderhaeghe, S. (2014). *Sectorprofiel werkbaar werk in de gezondheids- en welzijnszorg 2004-2013: Werkbaarheidsprofiel op basis van Vlaamse Werkbaarheidsmonitor Werknemers 2004-2013*. Geraadpleegd op 11 juni 2015, [http://www.serv.be/sites/default/files/documenten/20140523\\_Sectorprofiel\\_WBM\\_sector\\_welzijn\\_gezondheid2004-2013.pdf](http://www.serv.be/sites/default/files/documenten/20140523_Sectorprofiel_WBM_sector_welzijn_gezondheid2004-2013.pdf)
- Charlot, V., Cobbaut, N., Mets, J. de, Hinnekint, B. & Lambert, M. (2009). *Het woonzorgcentrum in de 21ste eeuw: een gezellige woonomgeving, zorg incl. luisteren naar bewoners, personeel, directie, experts: Suggesties en illustraties van vernieuwende initiatieven*. Brussels: Koning Boudewijnstichting.
- Chiu, Y.L., Chung, R.G., Wu, C.S. & Ho, C.H. (2009). The effects of job demands, control, and social support on hospital clinical nurses' intention to turn over. *Applied Nursing Research*, 22(4), 258-263.
- Clegg, A. (2001). Occupational stress in nursing: a review of the literature. *Journal of Nursing Management*, 9(2), 101-106.
- Corvers, B. & Hootegem, G. van (2013). *Slimmer zorgen voor morgen: Het nieuwe organiseren in theorie en praktijk*. Leuven: Acco.
- Declercq, A. (2009). Kleinschalig genormaliseerd wonen in Vlaanderen. In H. Stoop & I. de Rooij (red.), *Grote kwaliteit op kleine schaal: Is kleinschalig wonen voor mensen met dementie een succesvolle parel in de ouderenzorg?* (pp. 61-68). Tilburg: Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatrie en De Kievitshorst/De Wever.
- Declercq, A.G., Spruytte, N. & Mello, J. (2009). Ervaringen van zorgverleners: Werken in kleinschalige woonvoorzieningen in Vlaanderen. *Denkbeeld: Tijdschrift voor Psychogeriatrie*, 21, 14-17.
- Declercq, A., Van Audenhove, C., Mello, J., Demaerschalk, M., Elst, R., Herbots, B., Holvoet, M., Kuylen, L., Lecoutere, J., Molenberghs, C. & Van den Heuvel, B. (2007). *Stapstenen naar kleinschalig genormaliseerd wonen: Eindrapport*. Geraadpleegd op 18 juni 2015, <http://www.dementie.be/SiteFiles/Stapstenen.pdf>
- Detbarn-Reggentin, J. (2005). Studie zum Einfluss von Wohngruppenmilieus auf demenziell Erkrankte in stationären Einrichtungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(2), 95-100.
- D'Hoore, J. & Renson, I. (2015). *Welkom in de zorgfabriek*. Geraadpleegd op 27 mei 2015, [http://www.tijd.be/dossier/rusthuizen/Welkom\\_in\\_de\\_zorgfabriek.9637693-8080.art](http://www.tijd.be/dossier/rusthuizen/Welkom_in_de_zorgfabriek.9637693-8080.art)
- Expertisecentrum Dementie (2012). *Zo gewoon mogelijk kunnen blijven*. Geraadpleegd op 1 oktober 2015, <http://oud.dementie.be/default.asp?page=158>
- Hannes, K., Lockwood, C. & Pearson, A. (2010). A comparative analysis of three online appraisal instruments' ability to assess validity in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 20(12), 1736-1743.

- Hootegeem, G. van, Huys, R. & Maes, G. (2014). *Meten en veranderen: Instrumenten bij het nieuwe organiseren*. Leuven: Acco.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decisions latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of work life*. New York: Basic Books.
- Kirkcaldy, B.D. & Martin, T. (2000). Job stress and satisfaction among nurses: individual differences. *Stress Health*, 16(2), 77-89.
- Mauno, S., Kinnunen, U. & Ruokolainen, M. (2007). Job demands and resources as antecedents of work engagement: A longitudinal study. *Journal of Vocational Behaviour*, 70(1), 149-171.
- Offereins, A. & Have, K. ten (2016). Veranderen van onderop in de ouderenzorg: Is de Baron van Münchhausen op het droge te krijgen? *Tijdschrift voor HRM*, 5, 1-18.
- Rabig, J., Thomas, W., Kane, R.A., Cutler, L.J. & McAlilly, S. (2006). Radical redesign of nursing homes: Applying the Green House concept in Tupelo, Mississippi. *Gerontologist*, 46(4), 533-539.
- Rijn, M.J. van (2014). *Kwaliteit in verzorgings- en verpleeghuizen*. Den Haag.
- Rijn, M.J. van (2015). *Uitwerking kwaliteitsbrief ouderenzorg: 'Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg voor onze ouderen'*. Den Haag.
- Rooij, A. de, Luijkx, K.G., Declercq, A., Emmerink, P.M.J. & Schols, J.M. (2012). Professional caregivers' mental health problems and burnout in small-scale and traditional long term care settings for elderly people with dementia in the Netherlands and Belgium. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13. doi: 10.1016/j.jamda.2012.01.001
- Sitter, L.U. de, Hertog J.F. den & Dankbaar, B. (1997). From complex organizations with simple jobs to simple organizations with complex jobs. *Human Relations*, 50(5), 497-534.
- Spruytte, N., Herbots, B. & Rooij, I. de (2010). Competenties van medewerkers in kleinschalig genormaliseerd wonen: Toverwoord voor managers of groeimodel voor medewerkers? *Denkbeeld: Tijdschrift voor Psychogeriatric*, 22, 14-18.
- The, A.M. (2004). *In de wachtkamer van de dood: Leven en sterven met dementie in een verkleurende samenleving*. Amsterdam: Thoeoris.
- Thomas, B.H., Ciliska, D., Dobbins, M., Micucci, S. (2004). A process for systematically reviewing the literature: providing the research evidence for public health nursing interventions. *Worldviews on Evidence Based Nursing*, 1(3), 176-184
- Vandeurzen, J. (2015). 8.413 nieuwe woongelegenheden in Vlaamse woonzorgcentra: Nooit geziene uitbreiding in de ouderenzorg. Brussel: Vlaamse Regering.
- Vandeurzen, J. & Holzer, L. (2015). *Actieplan 3.0: Werk maken van werk in de zorg- en welzijnssector*. Geraadpleegd op 14 september 2015, [http://jovandeurzen.be/sites/jvandeurzen/files/actieplan%20werk%20maken%20van%20werk%203%200\\_0.pdf](http://jovandeurzen.be/sites/jvandeurzen/files/actieplan%20werk%20maken%20van%20werk%203%200_0.pdf)
- Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (2015). *Lijst van knelpuntberoepen in Vlaanderen 2015*. Geraadpleegd op 19 juni 2015, <https://www.vdab.be/trendsdoc/vacatureanalyse/knelpuntberoepenlijst2015.pdf>
- Vlaamse Regering (2011). *Besluit van de Vlaamse Regering tot vaststelling van de specifieke brandveiligheidsnormen waaraan ouderenvoorzieningen en centra voor herstelverblijf moeten voldoen en tot bepaling van de procedure voor de uitreiking van het attest van naleving van die normen*. Geraadpleegd op 2 oktober 2015, <http://codex.vlaanderen.be/Portals/Codex/documenten/1021327.html>
- Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (2013). *Einde VIPA-subsidies ouderenvoorzieningen?* Geraadpleegd op 2 oktober 2015, <http://www.4wvg.vlaanderen.be/wvg/vipa/nieuws/Paginas/VIPA-subsidies-ouderenvoorzieningen.aspx>